

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

213

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1907, à 1 heure

Par Joseph PÉCHER

Né à Béthune (Pas-de-Calais) le 11 octobre 1881.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DOUBLES

Président : M. POZZI, professeur.

*Juges : { MM. DE LAPERSONNE et POIRIER, professeurs.
DEMELIN, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26. rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

213

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1907, à 1 heure

Par Joseph PÉCHER

Né à Béthune (Pas-de-Calais) le 11 octobre 1881.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

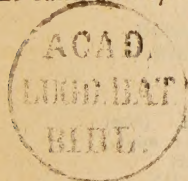
DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DOUBLES

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE et POIRIER, professeurs.
DEMELIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie, histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		N.....
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CH. NEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.		RECLUS.
Clinique d'accouchements	}	Dr LAPERSONNE
		ALBARRAN.
Clinique gynécologique		N.....
Clinique chirurgicale infantile		PINARD.
Clinique thérapeutique		POZZI.
		KIRMISSON.
		A. ROBIN.
Aggrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE
BRANCA	FAURE	MAILLARD
BEZANÇON	GOSSET	MARION
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE
BROCA (Aggr.)	JEANSELME	MERY
CARNOT	LABBE	MORESTIN
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI
CUNEO	LAUNOIS	PROUST
DEMELIN	LEGREY	RENON
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD
		RIEFFEL (chef des trav. anat.)
		TEISSIER
		THIROLOIX
		VAQUEZ
		WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553027_0055

AVANT-PROPOS

Avant de nous consacrer entièrement à l'étude de notre sujet, nous avons un devoir très doux à remplir : celui de remercier nos maîtres à l'enseignement desquels nous devons d'être arrivé au doctorat.

Nous avons été successivement l'élève pendant notre stage de MM. les D^{rs} ROUTIER, HUCHARD, TERRIER, GAUCHER et TALAMON. Nous avons accompli notre stage d'accouchements dans le service du regretté professeur BUDIN, à la mémoire duquel nous gardons un respectueux souvenir.

Si l'enseignement éclairé de nos maîtres nous a initié à la médecine, la bienveillance et l'intérêt qu'ils ont bien voulu nous témoigner nous l'ont fait aimer.

Nous les confondons tous dans une même pensée de reconnaissance.

M. le D^r HERBET, chirurgien des hôpitaux, a droit à une expression toute particulière de notre gratitude. En effet, dans une phase pénible de notre existence, alors que nous étions atteint d'une grave affection de

l'épaule, M. le D^r HERBET, alors notre prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, nous a procuré ses soins éclairés et nous a ainsi évité une intervention sanglante.

Nous sommes heureux, à la fin de nos études, de profiter de l'occasion qui nous est offerte de l'en remercier.

M. le D^r COUDERT, chef de clinique de la Faculté, nous a inspiré le sujet de notre étude ; nous avons largement mis à contribution sa bienveillance pour la rédaction de notre thèse. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous ne terminerons pas ces quelques lignes sans adresser un hommage spécial à M. le professeur Pozzi, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

I

HISTORIQUE

Jusqu'au commencement de ce siècle, bien peu d'auteurs semblent s'être occupés de la question que nous essayons de traiter aujourd'hui.

En 1896, Blanc, dans les *Archives générales de médecine*, rapporte le cas d'une femme opérée pour rupture de grossesse tubaire gauche. Au cours de l'intervention un hématosalpinx droit fut découvert ; il semble bien qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire double. Malheureusement l'examen histologique de la trompe droite ne fut pas fait.

En 1900, MM. Boissard et Coudert rapportent, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, un cas à peu près analogue ; mais cette fois l'examen histologique fut fait et permit de démontrer qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire double.

En 1904, MM. F. Jayle et Ch. Naudrot, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, ont réuni 29 observations de grossesses tubaires doubles. « Dans 10 des cas, il existait un fœtus de chaque côté ; dans les autres, on a trouvé soit un fœtus et son enveloppe d'un côté, et du tissu placentaire de l'autre, soit de chaque côté les éléments d'une grossesse ayant évolué d'une façon nette dans les deux trompes. (Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 1907, tome II, page 1100.)

Shanta, dans la communication qu'il fit à la Société obstétrico-gynécologique de Vienne, le 12 avril 1904, communication dont nous donnons une brève analyse plus loin, déclarait avoir eu l'occasion d'opérer, au mois de décembre 1903, une femme présentant une grossesse tubaire double ; en parlant de cette gestation tubaire simultanée, l'auteur pensait qu'il y avait seulement quatre cas rapportés dans la littérature ; ceux de Kristinus, de Psaltoff, de Frédérik et le sien. Weinlechner en rapportait également un cinquième personnel.

Nous n'avons pu pour notre part trouver d'observations antérieures à 1903, sauf le cas de M. Blanc, et celui de MM. Boissard et Coudert ; depuis par contre plusieurs observations authentiques ont été relatées, mais aucun travail d'ensemble n'a été fait sur la question.

Nous trouvons et relatons plus loin une observation de Chandler, en 1902 ; Polak, en 1904 et Burford, en 1905 rapportent chacun un cas de grossesse ectopique double. M. Rabinovitch fait en 1904 une laparotomie, les deux trompes de la malade contenant chacune un fœtus d'âge différent. M. Sauvé dans sa thèse, en 1906, aborde succinctement la question.

C'est en nous appuyant sur ces récentes observations et celle inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Coudert, que nous allons entreprendre l'étude de quelques points concernant la grossesse extra-utérine double.

II

DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DOUBLES

On peut grouper les grossesses tubaires doubles en trois catégories : La première catégorie comprend les cas de grossesse intra-utérine combinée à une grossesse extra-utérine ; c'est le cas le plus fréquent ainsi qu'en témoigne la statistique de Patellani qui, jusqu'en 1896, a relevé dans la littérature trente-sept cas de ce genre. Nous ne nous en occuperons pas.

La deuxième catégorie comprend les cas où les deux œufs se sont fixés dans une seule et même trompe : Shanta en a trouvé dans la littérature médicale dix-neuf cas. Enfin dans la troisième catégorie, la plus rare, celle dont nous nous occuperons plus spécialement, se rangent les cas de grossesse tubaire bilatérale. Dans cette troisième catégorie nous faisons deux groupes : dans le premier nous faisons rentrer les cas où les trompes contiennent chacune un fœtus d'âge différent ; dans le second rentrent ceux où les trompes contiennent chacune un fœtus d'âge sensiblement égal.



III

ÉTIOLOGIE

Les grossesses tubaires bilatérales reconnaissent évidemment pour causes, les mêmes que celles que l'on invoque pour les grossesses extra-utérines unilatérales. Il faut admettre seulement que les altérations fonctionnelles ou organiques existent des deux côtés. Rien de bien précis n'étant invoqué comme causes des grossesses extra-utérines, nous ne pouvons que rester dans l'incertitude. Il nous semble qu'une endo-salpingite double (qui est pour ainsi dire la règle) pourrait en être une des causes, à condition toutefois qu'elle soit très légère et sans qu'elle provoque de la part de l'organisme une réaction notable : toute altération un peu intense de la paroi tubaire ou du péritoine voisin ayant pour conséquence constante l'oblitération complète et la stérilité, et, d'autre part, les malades dont nous rapportons les observations ayant toujours été bien portantes jusqu'au moment de leurs grossesses.

Le peu d'observations que nous avons pu recueillir

dans la littérature médicale prouvent que les grossesses extra-utérines doubles sont très peu fréquentes. Nous supposons cependant qu'elles doivent exister plus fréquemment qu'on ne l'a rapporté jusqu'à ce jour, l'attention n'ayant été éveillée à ce sujet que dès le commencement de ce siècle.

Une autre remarque vient à l'appui de notre hypothèse relativement à la fréquence des grossesses tubaires bilatérales. Il est en effet bien démontré à l'heure actuelle que les cas de récurrence de grossesse extra-utérine sont relativement nombreux. Varnier, en 1900, avait bien insisté sur ce fait : « La récurrence de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine habituellement » disait-il. D'un autre côté nous savons qu'un fœtus provenant d'une grossesse extra-utérine peut rester pendant plusieurs mois dans le ventre sans causer le moindre dérangement à la personne qui le porte.

Aussi pensons-nous que les observations recueillies au sujet des grossesses extra-utérines bilatérales seront de plus en plus nombreuses.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les constatations anatomo-pathologiques en cas de grossesses extra-utérines doubles sont différentes suivant que les deux trompes contiennent chacune un fœtus d'âge différent, ou un fœtus d'âge sensiblement égal.

1° Les deux trompes contiennent chacune un fœtus d'âge différent.

On trouve du côté de la trompe qui a été le siège de la première grossesse ectopique, une tumeur ; cette tumeur est constituée par un kyste fœtal.

Le kyste fœtal est formé par la trompe rompue et une cavité limitée par des adhérences intestinales et pariétales. Le kyste contient peu ou pas de liquide, mais une sorte de mastic brun au milieu duquel se trouve un embryon plus ou moins résorbé ou momifié.

Les lésions du côté opposé sont les mêmes que celles résultant d'une grossesse extra-utérine simple rompue récemment.

2. *Les deux trompes renferment chacune un fœtus d'âge sensiblement égal.*

Dans ce cas les constatations anatomo-pathologiques que l'on peut faire sont, on le conçoit, sensiblement les mêmes des deux côtés. Il est cependant des cas où l'on peut trouver d'un côté des lésions absolument nettes de grossesse tubaire rompue, tandis que du côté opposé, l'examen histologique est nécessaire pour démontrer que les lésions constatées sont bien le fait d'une grossesse tubaire rompue ou non.

V

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes sont sensiblement les mêmes que ceux que l'on peut noter dans le cours d'une grossesse extra-utérine simple, tant au point de vue fonctionnel, qu'au point de vue des modifications organiques.

Dans les cas où les deux fœtus sont d'âge différent, l'anamnèse, et, quelquefois les constatations obtenues par le toucher et le palper, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Dans les cas où les deux fœtus sont d'âge sensiblement égal et où les deux grossesses tubaires se sont rompues, il y a toujours au moins deux crises douloureuses accompagnées des symptômes d'une hémorragie interne, mais nous ne trouvons que l'observation de Polak, dans laquelle les deux crises douloureuses, ressenties par la malade, purent être rapportées exactement, l'une du côté droit, et l'autre du côté gauche.

VI

DIAGNOSTIC. TRAITEMENT. PRONOSTIC.

Diagnostic.

Le diagnostic rencontre les mêmes difficultés que dans les cas de grossesse extra-utérine unilatérale. Un seul point cependant nous semble susceptible d'arrêter notre attention; il concerne les cas de grossesses extra-utérines doubles simultanées.

Nous pouvons constater, en effet, en nous reportant aux observations que nous relatons plus loin, que, sauf dans le cas de Polak, le diagnostic exact ne fut jamais porté. En intervenant, les opérateurs pensaient se trouver en présence d'une grossesse extra-utérine rompue unilatérale. La malade avait bien eu plusieurs crises douloureuses, subites, plus ou moins espacées, mais elle ne pouvait localiser le siège précis de la douleur. Quoi de plus naturel alors que de penser à une rupture tubaire s'effectuant en deux ou plusieurs temps ? Nous savons en effet que les choses peuvent ainsi se passer. Dans le cas rapporté par Weinlechner, lors de la discussion à laquelle donna lieu la communication

de Shanta au Congrès de Vienne, le kyste fœtal droit n'était-il pas déchiré en plusieurs endroits ?

Le palper et le toucher ne peuvent non plus contribuer d'une façon précise à trancher le diagnostic. Dans les observations que nous rapportons nous trouvons bien après chaque crise douloureuse un effacement plus complet du cul-de-sac opposé à la grossesse extra-utérine rompue diagnostiquée. Mais pourquoi, dans ce cas, ne pas rapporter cette constatation à un agrandissement du kyste primitif par rupture secondaire de celui-ci ?

En résumé dans les cas de grossesse extra-utérine simultanée, le diagnostic semble impossible d'avec celui de grossesse extra utérine unilatérale, rompue. Unique en effet semble être le cas où la malade put localiser d'une façon précise le siège des douleurs dues à deux ruptures successives.

Traitement et pronostic

Nous ne pouvons qu'être bref relativement au traitement des grossesses extra-utérines doubles. L'intervention chirurgicale par laparotomie s'impose. Les deux trompes doivent être enlevées. Presque toujours d'ailleurs le médecin a la main forcée.

Nous n'avons pu d'ailleurs trouver un seul cas où les deux trompes ont pu garder chacune leur fœtus.

Le pronostic est presque fatal en cas de non-intervention. Il est très grave si l'opération est retardée. Il est relativement bon si la malade n'est pas trop affaiblie.

OBSERVATIONS

Observation I

SHANTA. Communication à la Société obstétrico-gynécologique de Vienne. *Analyse.*

Le 12 avril 1904, Shanta, à la Société obstétrico-gynécologique de Vienne, fit une communication, qui provoqua une discussion au sujet des grossesses extra-utérines doubles. Nous croyons devoir donner un compte rendu analytique de cette séance.

Le cas que Shanta eut l'occasion d'observer est celui d'une femme de 30 ans qui eut déjà deux grossesses ; la première fut normale ; la seconde se termina par une fausse couche. Actuellement les dernières règles apparurent au début de septembre 1903 ; tout alla bien jusqu'à la fin d'octobre.

Le 29 octobre survinrent les premiers symptômes graves (collapsus et hémorragie interne). C'est à peine si la première crise venait de cesser lorsqu'une seconde crise apparut le 4 novembre. Après une accalmie de quatre semaines, troisième crise

qui survint au début de décembre. Cette dernière fut la plus grave de toutes, avec une grave hémorragie interne et c'est alors seulement que la malade fut vue par Shanta (22 décembre 1903) Température : 38° ; pouls : 120.

A l'examen on trouva à droite une tumeur ayant les dimensions d'une tête d'enfant, de consistance solide, non mobile, et faisant penser, d'après l'anamnèse, à une grossesse extra-utérine. Opération le 22 décembre 1903. Par la laparotomie, on reconnaît une grossesse tubaire droite. L'opération réussit et la plaie guérit.

A l'examen de la pièce, on trouva deux œufs dans la trompe ; l'un, médian, était petit et mesurait 1 cm. 1/2 à 2 centimètres de diamètre ; le deuxième situé sur la partie externe de la trompe mesurait de 4 à 5 centimètres de diamètre et renfermait un fœtus long de 6 centimètres et macéré. Les deux œufs étaient fortement injectés de sang et fixés à la paroi normale de la trompe par une zone annulaire très nette. Shanta explique la petitesse du premier œuf par ce fait que, lors de la première crise, l'œuf avorta, et le fœtus, mort, ne tarda pas à être résorbé.

La communication de Shanta donna lieu à une discussion assez vive au cours de laquelle le Dr Weinlechner communiqua le cas de grossesse tubaire bitérale qu'il eut l'occasion d'opérer en décembre 1897. Ce cas est celui d'une femme de 35¹ ans, mariée, qui avait toujours été bien portante et qui avait des hémorragies utérines depuis le 1^{er} décembre. Cessation des règles le 20 novembre. A l'examen, tumeur fluctuante, molle, située dans le cul-de-sac de Douglas et très facilement perceptible au-dessus de la symphyse. Laparotomie le 18 décembre 1897. On trouve dans le ventre une grande quantité de caillots sanguins qui remplissent le cul-de-sac de Douglas.

Après avoir mis la malade en position de Trendelenbourg, on trouve la trompe droite très dilatée, perforée et remplie de caillots; on l'enlève après ligature, ainsi que l'ovaire. La trompe gauche présente le même aspect; on l'enlève de la même façon ainsi que l'ovaire. L'hémorragie parenchymateuse est arrêtée par le thermocautère. Tamponnement à la gaze iodoformée; sutures; guérison.

A l'examen des pièces, on trouva dans la moitié externe de la trompe droite, un sac ayant la dimension d'une pomme, rempli de caillots noirâtres et déchiré en plusieurs endroits; le point de perforation se trouvait à l'extrémité externe de la trompe. A gauche, le sac se trouvait à l'extrémité externe de la trompe et avait également la dimension d'une petite pomme. Le 1^{er} janvier 1898, la plaie a bon aspect. Le 8, la malade souffre d'une pneumonie double. Le 19 février la plaie est fermée et la malade sort le 25 février, complètement guérie.

La discussion entre Shanta et Weinlechner, discussion à laquelle prirent part également MM. Von Erlach et Wertheim, porta ensuite sur d'autres points qui n'ont qu'un rapport indirect avec notre sujet; aussi croyons-nous bon de n'en point parler.

Observation II

Observation recueillie par M. RABINOVITCH. *Thèse de SAUVÉ.*
Paris, 1906.

M^{me} Ch..., 25 ans, bien portante habituellement, sans accouchement antérieur, se présente une première fois à la consultation de M. le Dr Beurnier, à Tenon, au mois de juin 1904. Après un retard de six semaines environ, la malade présente une perte

•

assez abondante de sang noirâtre, accompagnée de douleurs violentes dans le bas-ventre. Température : 38°5. A l'examen, très douloureux, on trouve une masse de moyen volume, occupant le cul-de-sac postérieur, se prolongeant insensiblement vers la droite. La malade, pour laquelle on pense à un avortement compliqué d'infection utérine et péri-utérine, est mise au repos (plan, injections) et s'améliore rapidement. Elle reste en traitement pendant un mois ; au bout de ce temps les signes physiques s'étaient atténués considérablement.

Elle revient à la consultation au mois de décembre de la même année, présentant une histoire analogue : retard de cinq semaines environ ; puis douleur brusque dans le ventre avec métrorrhagie. Cette fois les symptômes sont beaucoup plus marqués que la première fois ; la malade est pâle et souffre beaucoup. A l'examen on sent une masse fluctuante saillant dans les Douglas, et rejetant l'utérus vers la symphyse. Cette fois on fait le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ; la malade est mise au repos absolu, en surveillance minutieuse. Le lendemain l'état général semble s'être aggravé, le pouls est fréquent et petit, la malade est hypothermique et pâle. On l'opère aussitôt.

Laparotomie (M. Rabinovitch). On décolle un grand épiploon épaissi et noirâtre, partiellement adhérent au petit bassin. Au-dessous de lui, on trouve des caillots noirâtres, et du sang liquide au milieu duquel flotte un embryon d'environ six semaines ; la trompe gauche est rompue et saigne. On pratique l'examen du côté opposé, et on trouve une trompe droite adhérente et augmentée de volume. Croyant à une salpingite de ce côté, l'opérateur pratique l'hystérectomie subtotale, au cours de laquelle il constate que la masse annexielle droite est formée non seulement par la trompe, mais par une

cavité limitée par des adhérences intestinales et pariétales ; dans cette cavité on trouve une sorte de mastic brun au milieu duquel est encastré un autre embryon, dont la tête était séparée du reste du corps ; il présentait le même âge environ que celui du côté opposé, et devait correspondre au premier séjour de la femme à l'hôpital. La malade guérit parfaitement.

Observation III

CHANDLER. — Grossesse extra-utérine double (*New-York, Medical Journal*, 1903, tome LXXVIII, page 320).

Femme de 26 ans ; gonococcie vaginale quelques semaines après son mariage. Région pelvienne toujours un peu douloureuse. Règles régulières jusqu'à la cinquième année de mariage : en juillet 1902 cessation des règles et grossesse ; un mois plus tard les douleurs abdominales deviennent plus intenses. Le 18 septembre, attaque de péritonite qui dure jusqu'au début d'octobre. Elle suppose avoir eu une fausse couche à cette époque.

Le 30 octobre, règles normales pour la dernière fois. En janvier 1903 elle ressent une douleur vive dans la région pelvienne gauche et s'évanouit. A l'examen, on trouve deux tumeurs situées de chaque côté de l'utérus ; celle de gauche est la plus volumineuse ; les deux tumeurs sont immobiles et donnent l'impression d'une trompe fortement augmentée de volume. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, récente à gauche, et ancienne à droite.

Opération immédiate. A droite on trouve dans la trompe qui avait été probablement le siège de gonorrhée, des parties fœtales et des membranes, donnant l'indication d'une première im-

prégnation en juillet 1902 ; à gauche, grossesse tubaire récente ; le fœtus est en parfait état et a succombé au moment de l'opération ou peu de temps auparavant.

Observation IV

POLAK. Double grossesse ectopique. Rupture intra-péritonéale.
(*Brocklyn medical journal*, 1904, tome XVIII, p. 148.)

Femme de 36 ans ; deux enfants, dernières règles en janvier 1904. Pas d'affection annexielle antérieure. Bien portante depuis sa dernière grossesse.

Le 1^{er} mars 1904 douleurs violentes et soudaines *du côté gauche* du ventre : quelques heures plus tard nouvelle douleur intense *du côté droit*. État de collapsus. A l'examen légère sensibilité du flanc droit, et contracture générale de l'abdomen. Pouls : 120. Par le toucher vaginal, col déchiré avec un utérus rejeté vers la symphyse, pas de trace d'inflammation ni d'hémorragie dans le cul-de-sac.

Opération. Laparotomie : il existe une double grossesse ectopique rompue ; grossesse gauche interstitielle avec rupture intra-péritonéale ; grossesse droite occupant la partie libre de la trompe, également rompue dans l'abdomen. Ablation des trompes.

État de collapsus marqué ; mort le lendemain de l'opération.

Nota : L'auteur ajoute : je rapporte ce cas, car je le crois unique.

Observation V

BURFORD. Grossesse ectopique simultanée dans les deux trompes. (*Med. Press, and. circular*, 1905, tome LXXIX.)

Femme de 33 ans. Une grossesse normale il y a douze ans. Deux ans plus tard, accouchement prématuré avec placenta adhérent. Quelques troubles les années suivantes, les derniers, environ trois ans avant la date actuelle. Depuis, règles normales, la dernière période commençant le 7 septembre 1904. En octobre, la période menstruelle manque, et en novembre, apparition d'un écoulement sanguin quotidien, persistant jusqu'au 28 novembre 1904, date de la consultation. Durant cette période, douleur constante dans l'abdomen avec exacerbations aiguës. Sensibilité abdominale diffuse autour de l'ombilic. La percussion de l'abdomen ne donne rien de précis ; le toucher vaginal montre un utérus dévié à droite, peu mobile, augmenté de volume et flanqué d'une tuméfaction diffuse, résistante, surtout à gauche. Le lendemain, étant au lit, symptômes brusques d'hémorragie interne, nécessitant la laparotomie immédiate.

Petite quantité de caillots récents ; pas d'adhérences épiploïques ni intestinales ; le sang nettoyé, on trouve une tumeur très adhérente de la dimension d'une orange qui fut difficilement énucléée. C'était un sac de gestation gauche, renfermant un fœtus. Une exploration plus complète montra une augmentation tubaire de moindre dimension, et de consistance plus ferme à droite ; ce n'était autre chose qu'un second sac de gestation contenant un fœtus. Guérison.

Le sac ectopique du côté droit siège à l'extrémité ampullaire

de la trompe, et mesure 4 centimètres à sa partie la plus large, et est rempli de sang dans les deux tiers de son étendue. Le reste du sac est occupé par le fœtus.

Le pavillon de la trompe de ce côté est ouvert et son ouverture mesure environ 8 millimètres. L'ovaire contient un récent corps jaune. Il ressort de cette description qu'il s'agit d'une grossesse tubaire convertie en kyste par une hémorragie et que, vraisemblablement, cette hémorragie s'est propagée au péritoine à travers l'extrémité ouverte de la trompe. Le fœtus droit mesure 38 millimètres.

La pièce gauche présente à peu près les mêmes caractères. C'est un kyste tubaire mesurant 4 centimètres de largeur et 5 cm. 1/2 de longueur. Plus de la moitié est occupée par des caillots sanguins et des villosités chorales. Le reste est occupé par le fœtus, qui mesure 41 millimètres de longueur. Les dimensions des deux fœtus (38 et 41 mm.) semblent indiquer qu'ils sont à peu près à la même période de développement, et que, s'ils n'ont pas été conçus en même temps, ils doivent l'avoir été à intervalle très rapproché. Les fœtus correspondent à peu près à un âge de 8 semaines.

Observation VI

Communication au XIV^e Congrès international
de médecine (Madrid, 23-30 avril 1903)

Grossesse extra-utérine bilatérale.

Première grossesse ovarique gauche datant de trois ans et quelques mois, avec fœtus de 4 mois 1/2 à 5 mois.

Seconde grossesse tubaire droite datant de près de 5 mois.

Laparotomie simultanée. Guérison.

Communication par le Dr A. PSALTOFF, chirurgien de l'hôpital hellénique Saint-Charalambos de Smyrne.

« Je prends la parole pour vous communiquer une observation de grossesse extra-utérine bilatérale, observation qui m'est personnelle et dont l'intérêt scientifique m'a paru digne de votre attention :

Feuille d'admission de l'hôpital hellénique Saint-Charalambos, n° 1805.

Le 19 septembre 1902 est entrée, dans mon service à l'hôpital, la nommée E... E..., originaire de Narbi (ville située non loin de Smyrne, sur le parcours du chemin de fer) et âgée de 35 ans. Elle m'a raconté qu'elle avait été toujours bien portante et bien réglée. Mariée, depuis dix-sept ans, elle avait eu sept enfants à terme. Son dernier accouchement datait de sept ans. Il y avait plus de trois ans au mois de juin 1899, elle avait senti, après un retard de quelques jours dans ses règles, des douleurs au ventre accompagnées de vomissements. Ces phénomènes, après avoir duré vingt-quatre heures, avaient diminué, pour reprendre quinze jours après, avec moins d'intensité, mais accompagnés d'une métrorrhagie légère. Cet état avait continué pendant cinq à six mois, et pendant ce temps, ses règles avaient complètement cessé. Depuis tout mal avait disparu, la femme s'était complètement rétablie, ses époques avaient repris leur cours régulier, et elle pouvait vaquer à ses occupations de ménage.

Il y a quatre mois, les mêmes phénomènes se sont reproduits : douleurs au ventre et vomissements. Comme cet état a persisté pendant plusieurs mois, elle est venue à Smyrne me demander conseils. Ses règles s'étaient de nouveau supprimées pendant ces quatre mois.

A son entrée à l'hôpital, elle avait l'air d'une personne bien souffrante ; elle ne pouvait se tenir debout et l'on dut lui faire des injections de morphine pour calmer ses souffrances.

Son ventre était tendu et douloureux à la palpation. Par l'examen bimanuel, j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'adulte, immobile, qui remplissait l'hypogastre et remontait presque jusqu'à l'ombilic. Le-cul-de-sac postérieur était plein : cette tumeur l'occupait tout entier.

Le col de la matrice était ramolli, en rétroversion. L'utérus était derrière le pubis, plus gros qu'un utérus normal, immobile, et paraissait englobé par la tumeur. L'état général de la malade était mauvais, elle avait le facies altéré et le pouls petit et fréquent (120-130 pulsations à la minute).

L'existence d'une grossesse extra-utérine m'a paru l'hypothèse la plus probable, mais les antécédents de la malade me donnaient à penser. Le 21 septembre je procédais à la laparotomie, après avoir placé la malade dans la position inclinée. A peine le péritoine incisé, la tumeur apparaissait, ayant une surface lisse, très vasculaire et occupant tout le petit bassin.

Après avoir bien limité la grande cavité péritonéale par des compresses aseptiques, j'ai incisé la tumeur qui était fluctuante et une quantité de liquide caractéristique et de sang a coulé. L'hémorragie était assez abondante et sans perdre de temps j'ai introduit la main dans la poche et j'en ai enlevé un fœtus de 5 mois. J'ai procédé sans retard au décollement du placenta et à la décortication de la poche entière. La poche enlevée, j'ai mis quelques ligatures nécessaires sur le ligament large, après avoir rempli la cavité de gaze stérilisée.

Comme la matrice n'était pas libre du côté gauche, je suis allé à la recherche de l'annexe opposée, et alors, derrière le liga-

ment large, j'ai trouvé une tumeur grosse comme le poing, adhérente, ayant la consistance molle. Je l'ai ponctionnée avec la pointe du bistouri, et presque rien n'en coulait. En l'incisant je me suis trouvé en face d'un fœtus momifié, ayant les dimensions d'un fœtus de 5 mois. J'ai alors procédé au décollement de cette tumeur, que j'ai pu enlever tout entière. Après avoir mis également de ce côté les ligatures nécessaires j'ai terminé l'opération en faisant la toilette du péritoine et en enlevant toutes les compresses qui se trouvaient dedans, ne laissant qu'un tamponnement à la Mikulicz qui, dans le cas spécial et d'autres similaires, m'a rendu de réels services au point de vue de l'hémostase et du drainage.

L'opération a duré une heure et les suites opératoires furent bien simples ; la malade n'a pas présenté le moindre symptôme inquiétant. Le huitième jour j'ai enlevé le Mikulicz ; et après un séjour d'une quarantaine de jours à l'hôpital, elle est rentrée chez elle entièrement guérie.

Cette observation, comme vous le voyez, est intéressante par la coïncidence de deux grossesses extra-utérines opérées simultanément. Elle vient aussi à l'appui des opinions suivantes :

1° Qu'un fœtus, provenant d'une grossesse extra-utérine peut rester pendant plusieurs années sans causer le moindre dérangement à la personne qui le porte ;

2° Une femme qui a eu une grossesse extra-utérine est sujette à en avoir une seconde pareille ;

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique, il faut, en l'opérant, examiner soigneusement les annexes ;

4° Se poser la question si, pour préserver la femme d'une récurrence probable, on ne doit pas enlever les annexes et la

matrice en même temps, lorsque l'état de la malade nous le permet.

Observation VII

Archives générales de médecine, 1896, t. II, p. 344.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. BLUM.

Hématocèle par rupture de grossesse tubaire gauche. Hémato-salpinx droit. Laparotomie. Ablation des annexes. Mort par perforation duodénale. Par HENRI BLANC, Interne de service.

La nommée B... (Marie), femme R..., entre dans le service de M. le Dr Blum le 1^{er} février 1896.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien qui doive être retenu. De son côté, elle ne présente pas de passé pathologique et a toujours joui d'une excellente santé.

Réglée à 12 ans, elle a ses époques régulières et assez abondantes. Elle a eu trois enfants à terme, son premier accouchement remonte à 1892. Bien que l'enfant fût bien venu sans application de forceps, ni autre manœuvre, la malade paraît avoir eu à ce moment des accidents d'infection puerpérale légère. Au troisième jour, dit-elle, apparurent de la fièvre, des douleurs abdominales, quelques vomissements. Mais tout se calma rapidement et dix-huit mois après elle donnait naissance sans incidents pré ou post puerpéraux à un deuxième enfant. Enfin son dernier accouchement date de 1895, il y a un an environ.

La malade n'a jamais eu de fausse couche, ni de blennorrhagie. Ses dernières règles remontent au 28 décembre dernier.

Deux choses ont conduit la femme R... à l'hôpital : des douleurs dans le ventre et des pertes blanches peu abondantes

mais persistantes. Les douleurs, dont le début remonte à son premier enfant, de légères et fugaces qu'elles étaient sont devenues aiguës et continues et s'accroissent par la marche et la fatigue. D'abord localisées du côté gauche du petit bassin, elles sont actuellement irradiées à tout le bas-ventre avec des maxima de chaque côté de l'utérus.

Les pertes blanches dont l'apparition est contemporaine de celle des douleurs paraissent, comme elles, relever de l'infection puerpérale qui a suivi le premier accouchement. Jamais de métrorrhagie. Avec ces signes fonctionnels venant les expliquer et les compléter, voici les symptômes physiques que présentait notre malade :

Par l'abdomen, on arrivait assez difficilement à sentir du côté gauche une tuméfaction allongée, douloureuse, correspondant aux annexes. A droite, la palpation était à peine douloureuse sans qu'on puisse sentir de trompe malade.

Le toucher donne des renseignements précis. L'utérus est plutôt gros, mobile, mais moins qu'à l'état normal. A droite, le doigt sent le cul-de-sac libre ; mais en déprimant la paroi abdominale on arrive à isoler et percevoir un gros cordon du volume du pouce, douloureux et entouré d'une atmosphère empâtée. Du côté gauche, les lésions sont plus avancées. La trompe, effaçant le cul-de-sac latéral, est dilatée en une poche aux parois épaissies, du volume d'une mandarine, tandis que dans le cul-de-sac de Douglas on sent l'ovaire prolabé, gros et douloureux. Il est impossible d'arriver à percevoir la fluctuation de la poche tubaire.

Pas de fièvre, pas de phénomènes généraux. Le diagnostic porté est salpingite double. On attend que la malade ait eu ses règles pour l'opérer.

Le 14 février, c'est-à-dire avec un retard de dix-huit jours, les règles surviennent très abondantes et très douloureuses. La malade garde le lit, avoue n'avoir jamais souffert aussi vivement et le thermomètre accuse une légère ascension thermique (38°4). Au sixième jour, les règles cessent, l'opération est décidée pour le 26 février. La veille de l'opération, le toucher donne des renseignements différents de ceux que nous avons obtenus avant les règles. Du côté droit, on perçoit une augmentation de volume notable de la trompe malade sans que cependant les choses aient changé de face. Il n'en est pas de même du côté gauche. On trouve remplissant tout le cul-de-sac latéral, et le cul-de-sac de Douglas, une masse du volume du poing repoussant l'utérus à droite et montant jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne. La main placée sur l'abdomen arrive à sentir nettement cette tumeur dont les mouvements se transmettent au doigt laissé dans le cul-de-sac rétro-utérin. La tumeur du côté gauche avait donc, à la suite des règles, triplé son volume.

Le 26 février, sous l'influence du chloroforme, laparotomie. Le péritoine pariétal fendu, on tombe sur une masse noirâtre, irrégulière, présentant à première vue les caractères d'une collection hématique.

Dans les tentatives que l'on fait pour la libérer de ses adhérences avec l'intestin et les parois de l'excavation, cette masse se rompt et l'on voit s'échapper des caillots noirâtres de sang à peine coagulé, indices d'une hémorragie récente. Après quelques difficultés, on arrive à libérer ce gros kyste hématique et l'on se rend compte qu'il s'agit d'une grossesse tubaire suivie de rupture. Clamp sur le pédicule, ablation de la trompe rompue.

Du côté droit on trouve un hématosalpinx du volume d'une mandarine. Ablation.

Toilette du péritoine. Mikulicz. Sutures.

Les suites de l'opération furent très simples les trois premiers jours. Le troisième jour, on enlève le Mikulicz que l'on remplace par un drain. Pas de fièvre : 37°8. Pas de douleurs notables, rien d'inquiétant. Le quatrième jour, après une mauvaise nuit, le ventre est légèrement ballonné, la température est à 38°, le pouls petit, la langue sèche ; malgré un purgatif léger et des lavements la constipation reste opiniâtre.

Le 3 mars l'état général devient inquiétant. La malade accuse des douleurs au niveau du rebord des fausses côtes, elle a des crises d'oppression, son facies se grippe. Le pouls est petit et irrégulier, la température à 38°2 ; des nausées, mais pas de vomissements.

Le 5 mars, pensant à la possibilité d'une obstruction post-opératoire, voyant les symptômes généraux s'aggraver et le ballonnement s'accroître, M. Blum se décide à la laparotomie. Mais le matin de l'opération, à la suite d'un lavement paraissant avoir amené une débâcle, la situation semble s'améliorer et on attend. Le soir même, et rapidement, apparaissent tous les signes d'une péritonite fatale : vomissements verdâtres, facies grippé, ballonnement et dyspnée intenses, pouls petit, irrégulier, rapide (140); température : 38°5, et la malade meurt le soir même, neuf jours après l'opération.

L'autopsie est venue donner la clef de ces phénomènes de péritonite survenus au quatrième jour après l'intervention. Les recherches ont été absolument négatives en ce qui concerne le petit bassin. Mais en montant vers le diaphragme et l'estomac, nous avons rencontré, outre une sérosité louche, des adhérences entre les anses intestinales congestionnées, et en cherchant à libérer ces adhérences, un abcès s'est ouvert, dont le siège était

au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Là, l'intestin, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, présentait une perforation, origine des accidents et de la mort.

Observation VIII

Grossesse tubaire double. Rupture successive des deux poches.
Laparotomie. Guérison.

Par MM. BOISSART et COUDERT (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*. Année 1900, p. 224).

La nommée D..., âgée de 28 ans, entre à la maternité de l'hôpital Tenon le 27 mars 1900.

Cette malade, très bien portante habituellement, ne présentant aucune trace de syphilis, n'étant pas albuminurique, a déjà fait trois avortements, tous trois de six semaines, le premier en 1890, le second en 1892, le troisième en 1898.

Menstruation régulière. Les dernières règles se sont terminées le 28 janvier 1900.

Le jeudi 22 mars, vers 4 heures de l'après-midi, la malade fut prise subitement d'une douleur très violente dans le bas-ventre. Quelques minutes après, des vomissements muqueux apparaissent. Transportée aussitôt chez elle, un médecin fut demandé qui fit appliquer une vessie de glace sur l'abdomen. Cependant la douleur persista et jusqu'au lendemain matin, les vomissements continuèrent. En même temps qu'apparaissaient ces phénomènes douloureux, des métrorrhagies peu abondantes survenaient.

Les jours suivants, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, les mêmes phénomènes continuèrent : douleurs, mais moins

violentes, vomissements très fréquents, métrorrhagie continue, mais peu abondante.

Le traitement institué en ville avait été le suivant : vessie de glace en permanence sur le ventre, injections vaginales au permanganate de potasse. Le diagnostic posé avait été : avortement de débris placentaires et infection.

Entrée à l'hôpital le 27 mars.

La malade est très pâle ; le pouls rapide bat à 110, la température à 38°. Mauvais état général. La parole est difficile et embarrassée. On ne peut avoir des renseignements précis sur la façon dont la maladie a débuté. Le ventre n'est pas ballonné, mais douloureux dans la région de la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal fait reconnaître un col non ramolli, non augmenté de volume et fermé ; le doigt retiré est recouvert d'un enduit sanguinolent.

Le toucher, combiné au palper abdominal, montre que l'utérus est légèrement augmenté de volume. Le cul-de-sac latéral droit du vagin est effacé et rempli par une masse de consistance pâteuse qui semble faire corps avec l'utérus. Rien dans le cul-de-sac postérieur. Le palper abdominal ne révèle rien de particulier.

On introduit dans l'utérus une tige de laminaire. Le vagin est nettoyé avec une injection chaude de sublimé au millième.

Une vessie de glace est appliquée sur la partie inférieure et droite de l'abdomen. Boissons glacées, repos absolu.

28 mars. — La tige de laminaire est retirée. On introduit dans la cavité utérine d'abord un hystéromètre, qui donne comme dimensions 8 centimètres, et ensuite une curette qui ne ramène pas de débris. Même traitement.

28 mars. — La malade a eu dans la nuit deux vomissements

et les douleurs abdominales ont augmenté d'une façon très sensible. Cependant, l'état général paraît meilleur. Pas de fièvre. Pouls à 110. Le palper abdominal pratiqué avec soin fait reconnaître qu'il existe une masse douloureuse dépassant la symphyse pubienne de trois travers de doigt et se prolongeant dans la fosse iliaque droite. La main, placée de champ, peut délimiter d'une façon assez précise les contours de cette masse. D'autre part, le toucher vaginal combiné au palper indique que l'utérus a perdu beaucoup de sa mobilité et qu'il semble entouré par une masse pâteuse qui le fixe. La malade répondant mieux aux questions qu'on lui pose, l'interrogatoire se fait plus serré et plus précis. On obtient ainsi connaissance des antécédents exposés plus haut, et en présence des symptômes concomitants donnés par l'examen direct, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

L'état général s'améliorant, l'hémorragie intra-péritonéale paraissant d'autre part peu abondante avec tendance à l'enkystement, on diffère l'intervention. Le même traitement local et général est continué. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum de Hayem.

30 mars. — La température qui avait été la veille au soir de 38°5 est tombée à 37°. Pouls à 110. Pas de vomissements. Etat général assez bon. Peu de douleur. La masse abdominale n'a pas subi de modification.

5 avril. — Disparition complète des vomissements et de la douleur. La collection a plutôt diminué. Suppression de la glace.

Du 5 au 13 avril, l'état général s'améliore peu à peu, les forces reviennent, et la collection qui a durci, diminue de volume.

Le 13 avril au matin, la malade, qui se trouve bien mieux, demande à se lever, chose qu'on lui refuse. Le même jour,

à 7 heures, elle est prise brusquement d'une douleur aiguë, syncopale, dans le bas-ventre. Le pouls devient rapide, à 120°. La fièvre apparaît et tout le corps se couvre de sueurs ; quelques frissons.

L'examen direct, pratiqué en raison de la sensibilité du ventre, permet néanmoins de reconnaître que la poche abdominale a augmenté de volume dans des proportions très sensibles. La fosse iliaque gauche, qui jusqu'alors avait été complètement libre, est maintenant occupée par une masse, de contours indécis, et mate à la percussion. Sensations analogues dans la fosse iliaque droite. On pense immédiatement à une hémorragie nouvelle dans la poche ancienne qui s'est rompue, d'où inondation péritonéale. En présence de ces symptômes inquiétants, on fait immédiatement une injection sous-cutanée de 1 litre de sérum de Hayem et on se tient prêt à faire une laparotomie d'urgence.

La laparotomie est faite le 14 avril par M. LEJARS. Tout le petit bassin et une partie de la fosse iliaque droite sont remplis d'une grande quantité de caillots de date récente, qu'on enlève. La trompe ne paraît altérée qu'au niveau de son pavillon. En ce point, existe comme une solution de continuité, une déchirure de la frange tubo-ovarienne. Toute cette région est recouverte d'exsudats fibrineux et de caillots sanguins maintenus par des tractus conjonctifs.

Après ablation des annexes gauches et toilette du péritoine, on constate que le fond de l'utérus, auquel adhèrent de nombreux caillots, se continue directement à droite avec un dôme d'adhérences anciennes qui se fixent sur les parois du bassin. Ces adhérences très épaisses limitaient une poche occupée par des caillots fibrineux irréguliers et anciens : au centre se trou-

vait la trompe fortement distendue dans sa partie moyenne et perforée sur son bord postérieur dans une étendue de 3 centimètres. Drainage.

Suites de couches ; Pneumonie droite le troisième jour. Guérison.

Le diagnostic posé avant l'intervention avait été : hémorragie nouvelle dans un kyste ancien, suite de grossesse extra-utérine rompue ; inondation péritonéale.

L'opération permit de voir :

1^o Que le kyste ancien, suite de grossesse extra-utérine rompue, existait bien. Il siégeait à droite, était net et parfaitement limité.

2^o Que l'hémorragie nouvelle et l'inondation péritonéale existaient également.

3^o Que le kyste ancien n'était pas rompu, puisqu'il ne fut pas possible de trouver sur lui trace même de fissure.

4^o Que les annexes gauches avaient été le point de départ de l'hémorragie nouvelle.

Le diagnostic clinique avait donc été exact dans ses grandes lignes. L'erreur commise avait été de greffer l'accident nouveau sur l'accident ancien. La lésion que présentait la trompe droite était manifestement une grossesse tubaire rompue ; aussi nous n'avons pas jugé à propos de faire l'examen histologique de cette pièce. Il était au contraire du plus haut intérêt de se rendre compte histologiquement des lésions de la trompe gauche. Cela était absolument nécessaire pour déterminer la cause exacte de l'hémorragie nouvelle qui avait commandé l'intervention d'urgence, alors que jusque-là, on avait eu le droit d'espérer que les accidents finiraient par s'amender.

Examen histologique.— Les coupes ont porté sur le pavillon

de la trompe, la partie externe de la trompe, l'ovaire et les caillots.

L'ovaire est absolument normal. A sa surface nous n'avons rencontré aucune infiltration cellulaire, point de trace de caillots adhérents ou de villosités.

La région ampullaire de la trompe est saine. L'épithélium est intact et les franges, bien développées, ne sont pas adhérentes. Le tissu sous-muqueux et la couche musculaire sont très épais, infiltrés de nombreuses cellules, volumineuses, plus ou moins effilées. Les vaisseaux y sont très développés, les capillaires sont dilatés et gorgés de globules rouges, les artères ont leurs parois épaissies et volumineuses.

Au niveau du pavillon ou plutôt de ce qui semble être le vestige du pavillon, l'épithélium a disparu. Le chorion est très épais; il est semé de vaisseaux dilatés et de cellules identiques à celles que nous avons indiquées dans la région ampullaire; il n'est séparé du caillot par aucune assise cellulaire. La paroi est constituée par deux couches : l'une interne, répondant au caillot est considérable, l'autre externe est entièrement fibreuse.

Le caillot, lui-même, adhérent, montre en un point, une masse arrondie, constituée par un tissu central très lâche, semé de cellules étoilées, et par une assise de cellules parallèles périphériques qui a toutes les apparences du tissu des villosités chorionales. On a pu même rencontrer quelques grains glycogéniques dans les cellules de revêtement.

Il ne semble donc pas douteux que l'on ait affaire à une grossesse de la région externe de la trompe, dont on n'a pas pu voir toutes les villosités, grossesse tubo-péritonéale ou simplement tubaire externe.

Les lésions des différentes couches de la trompe rendaient pro-

bable le diagnostic de grossesse, la présence des villosités chorionales dans le caillot adhérent l'affirme.

Cette observation est intéressante à différents points de vue :

1° L'incertitude du diagnostic précis, au début, tenant à l'absence des renseignements et au petit nombre de signes physiques constatés (avortement ou infection ??) ;

2° L'apparition ultérieure de symptômes permettant d'affirmer une rupture de grossesse extra-utérine ;

3° L'application d'une hémorragie nouvelle paraissant venir se greffer sur un accident antérieur ;

4° La constatation, au cours de l'opération, du fait que la rupture ancienne et l'hémorragie nouvelle devaient être complètement séparées en tant qu'accidents successifs d'une même lésion ;

5° La démonstration histologique de deux grossesses extra-utérines, l'une droite, l'autre gauche, la gauche étant, quant au développement et au volume, moins avancée que la droite.

Observation IX (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Dr COUDERT, chef de clinique
de la Faculté (*Clinique Tarnier*).

N° 1410. — Age : 25 ans. Profession : ménagère.

Antécédents personnels : Néant.

1). Accouchement à terme il y a trois ans.

2). Avortement de 3 mois il y a neuf mois.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 8 septembre 1906.

Le 20 octobre la malade fait une chute dans sa cuisine ; elle

souffre du ventre immédiatement après ; les douleurs continuent pendant deux jours, puis apparaît un petit suintement sanguin, peu abondant, mais qui persiste jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Par intervalles l'hémorragie s'arrête cependant, pendant un court laps de temps ; durant ces périodes la malade constatait une accentuation de ses douleurs, lesquelles diminuaient quand l'écoulement recommençait. Jamais il n'y eut expulsion de caillots ni de caduque.

Pendant trois semaines la malade garde le lit. Elle a pendant cette période consulté :

1° Un médecin qui a parlé d'entérite ;

2° Une sage-femme qui a parlé de métrite ;

3° Le même médecin, qui en présence de la persistance des symptômes, conseille le transport à l'hôpital.

Pendant les quelques jours qui ont précédé l'arrivée de la malade à la clinique, les caractères des douleurs ont changé : leur siège est devenu lombaire et surtout pelvien ; les garde-robes sont difficiles et douloureuses, de même l'administration des lavements est très pénible. Constipation rebelle.

Arrivée à la clinique Tarnier le vendredi matin 17 novembre, la malade est examinée à la salle de réception.

Elle est extrêmement pâle, froide, la température est à 36°5, malgré un frisson que vient d'avoir la malade. L'état général est très mauvais, le pouls rapide bat à 120.

Par le palper abdominal on délimite : A droite et à gauche, dans chacune des fosses iliaques, une masse douloureuse, empâtée, plus prononcée et plus volumineuse à gauche. Rien sur la ligne médiane.

Par le toucher vaginal on constate que :

1° Le col utérin est petit, dur, fermé, non ramolli, repoussé très en avant au voisinage de la symphyse ;

2° Le cul-de-sac postérieur est saillant, rempli par une masse fluctuante, immobile, non réductible et douloureuse.

Par le toucher et le palper combinés on se rend compte que :

1° L'utérus est petit, en avant, derrière la symphyse qu'il débordé légèrement ;

2° Les deux mains abdominale et vaginale se transmettent la fluctuation de la poche pelvienne.

Le diagnostic est porté grossesse extra-utérine rompue.

La malade est portée dans son lit et réchauffée. On lui fait prendre des boissons chaudes. Elle se ranime peu à peu. Dans l'après-midi un frisson survient. Température : 38°8. La malade passe néanmoins une nuit tranquille.

18 novembre. — Le matin température : 37°8. Pouls : 95.

La malade est examinée à nouveau par M. le professeur BUDIN qui conclut à une intervention rapide par voie abdominale.

A 3 heures de l'après-midi la malade est endormie. Laparotomie médiane sous-ombilicale faite par M. BRINDEAU.

Après section des plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale, on constate que le péritoine pariétal est tendu : il est noirâtre et bombe légèrement entre les lèvres de la plaie. L'ouverture du péritoine donne issue à du sang liquide, noirâtre, qui s'écoule en grande quantité. Les anses intestinales sont rouges et vascularisées. La main introduite dans le péritoine en ramène des caillots noirâtres. Ils pèsent en tout 700 grammes.

L'exploration des annexes gauches fait découvrir, dans la fosse iliaque gauche, un kyste fœtal tubaire externe, légèrement adhérent aux anses intestinales et rompu à la face postérieure. Il est décortiqué et amené à l'extérieur. Son pédicule est lié en

masse par un nœud de Lawson-Tait et touché au thermocautère.

Un suintement sanguin persistant on procède à l'exploration des annexes droites et on trouve un nouveau kyste fœtal à droite, dans la partie interne de la trompe, tout à fait au voisinage de la corne utérine droite. Ce kyste est également rompu et c'est lui qui donne lieu à l'écoulement sanguin dont nous venons de parler.

La trompe droite est liée et coupée au ras de la corne utérine droite. Puis on pratique la section du bord supérieur du ligament large droit, de dehors en dedans, des pinces de Kocher étant jetées au fur et à mesure sur les vaisseaux coupés.

Ligature des vaisseaux.

Surjet au catgut sur la corne utérine droite.

Reconstitution par un surjet du bord supérieur du ligament large.

La malade n'a pas été placée en position inclinée pendant la laparotomie.

Après toilette du péritoine, on place dans le Douglas une mèche de gaze stérilisée et un gros drain.

Suture en surjet du péritoine pariétal.

Reconstitution de la paroi en deux plans.

Après l'intervention, injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum.

19 novembre. — Le pansement est renouvelé ; issue dans le pansement d'une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Température : normale. Pouls : 100-110.

20 novembre. — Renouvellement du pansement. Enlèvement de la mèche stérilisée. Le drain est laissé en place. Issue dans le pansement d'une quantité appréciable de sérosité sanguinolente.

Pouls et température normaux.

21 novembre. — Pouls et température normaux. Pas de pansement. La malade commence à s'alimenter. Un lavement donne issue à une grande quantité de matières.

22 novembre. — Le drain est enlevé et remplacé par un autre de même volume.

23 novembre. — Ablation définitive du drain. Suites opératoires parfaites. Ablation des fils de suture le douzième jour. Réunion de la plaie par première intention.

CONCLUSIONS

I. Les grossesses extra-utérines doubles sont rares ; nous n'avons pu en trouver que neuf cas.

II. Leur existence peut s'expliquer par la bilatéralité pour ainsi dire constante des inflammations des trompes.

III. Diagnostiquer une grossesse tubaire double, rompue de l'un ou de l'autre côté, d'avec une grossesse tubaire simple, rompue, est en général impossible.

IV. Au cours d'une laparotomie pour une grossesse extra-utérine diagnostiquée simple, il faut toujours examiner les annexes du côté opposé : on pourra y trouver un fœtus du même âge, ou un fœtus conçu un laps de temps variable auparavant, momifié ou en partie résorbé dans ce cas.

V. L'ablation des annexes des deux côtés s'impose. Faite en temps opportun, elle donne généralement de très bons résultats.

Vu : le Président de la thèse,

S. POZZI

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BLUM ET BLANC. — *Archives générales de médecine*, 1896, tome II, page 344.
- BROUHA. — *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1905, tome XLIV, page 75.
- BURFORD. — *Médec. Press. and Circular*, 1905, tome LXXIX, page 533.
- CHANDLER. — *New-York med. Journal*, 1903, tome LXXVII, page 320.
- COUDERT ET BOISSARD. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*. Année 1900, page 224.
- LEJARS. — Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris, octobre 1904.
- POLAK. — *Brooklyn med. Journal*, 1904, tome XVIII, p. 248.
- PSALTOFF. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Paris 1903, tome XVII, page 165.
- SAUVÉ. — *Thèse*. Paris, 1906.
- SENS. — *Thèse*. Paris, 1901.
- SHANTA. — *Tubare Zwillingschwangerschaft (Centrallbl. für Gynak. Leipz*, 1905, n° 2, page 44).
- VARNIER. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie, et de pédiat., 5 octobre 1900. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1901.

